

36. BÓC PHỨC MẠC KÈM ĐIỀU TRỊ HÓA CHẤT TRONG PHỨC MẠC TRONG MỔ

I. ĐẠI CƯƠNG

Điều trị hóa chất trong phúc mạc đã được áp dụng lâm sàng từ nhiều thập kỷ nay. Ung thư phúc mạc (Peritoneal carcinomatosis) là di căn nghiêm trọng nhất của các loại ung thư tiêu hóa và cho tiên lượng rất tồi. Đó coi như là hậu quả hệ thống của sự lan tràn ung thư, vì vậy điều trị hóa chất một cách hệ thống là phương pháp điều trị tiêu chuẩn. Mặc dù ngày nay có nhiều loại hóa chất rất tốt nhưng tác dụng điều trị trong di căn phúc mạc còn rất hạn chế, sự vận chuyển hóa chất từ đường máu vào trong khoang phúc mạc là không hiệu quả. Ngược lại, việc kết hợp sử dụng hóa chất trực tiếp trong khoang phúc mạc và phẫu thuật bóc phúc mạc và cắt bỏ các tổ chức di căn trong ổ bụng về mặt đại thể (Cytoreductive surgery) lại cho hiệu quả tốt với nhiều lợi ích ít tổn thương ác tính

II. CHỈ ĐỊNH

Các tổn thương có di căn ở phúc mạc như ung thư đại trực tràng, ung thư ruột thừa, u trung biểu mô phúc mạc, ung thư buồng trứng, giả u nhày phúc mạc, ung thư ruột non, u niệu quản, ung thư phúc mạc nguyên phát, GIST...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thể trạng người bệnh quá kém
- Chống chỉ định tương đối: người bệnh quá già có các bệnh lý phối hợp nặng của tim mạch, hô hấp...

IV. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện:** Người thực hiện chuyên khoa ung thư tiêu hoá và Bác sỹ gây mê có kinh nghiệm.
2. **Phương tiện:** Bộ dụng cụ đại phẫu, dao điện, máy hút.
3. **Người bệnh:**
 - Làm các xét nghiệm cơ bản
 - Siêu âm và chụp cắt lớp vi tính ổ bụng.
 - Điều trị nâng cao thể trạng người bệnh trước phẫu thuật đảm bảo điều chỉnh tốt các rối loạn sinh hoá và hồi phục đủ lượng albumin và protein máu.

- Nhịn ăn trước mổ 6 giờ, thụt tháo phân hoặc rửa ruột bằng thuốc tẩy.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

- Người bệnh nằm ngửa
- Đặt thông tiểu
- Người thực hiện đứng bên phải người bệnh phụ mổ 1 và 3 đứng bên đối diện, phụ mổ 2 đứng cùng bên với người thực hiện, dụng cụ viên đứng đối diện với phẫu thuật viên chính. Với tổn thương nằm ở tiểu khung thì vị trí ngược lại.

2. Vô cảm: Gây mê nội khí quản

3. Đường mổ: Đường trắng giữa trên rốn từ mũi ức, mở rộng xuống dưới rốn đến tận xương mu.

4. Kỹ thuật:

4.1. Mở bụng: đường trắng giữa trên rốn, cắt dây chằng tròn và dây chằng liềm sau đó khâu vải bao bọc kín 2 mép vết mổ. Nếu mổ lại thì phải lấy bỏ toàn bộ sẹo mổ cũ và làm giải phẫu bệnh.

4.2. Thăm dò và đánh giá tổn thương: Đánh giá kỹ chỉ số ung thư phúc mạc (Vị trí, kích cỡ số lượng của nốt di căn) qua đó xác định khả năng tiến hành tiếp được hay không được.

4.3. Bóc phúc mạc, điều trị hóa chất trong phúc mạc:

- Dùng dao điện hoặc kéo phẫu tích lấy bỏ phúc mạc vùng có tổn thương di căn.
- Với phúc mạc tạng, những tổn thương nốt nhỏ có thể dùng xi lanh bơm nước muối sinh lý dưới thanh cơ để tách lớp phúc mạc tạng ra giúp lấy bỏ dễ dàng hơn mà không làm tổn thương đến lớp sâu hơn.
- Chú ý người thực hiện phải rất tỉ mỉ lấy hết toàn bộ các vị trí: phúc mạc thành bụng, phúc mạc tạng, mạc treo ruột non.
- Cầm máu kỹ những diện chảy rỉ máu.
- Tùy theo loại ung thư nào mà lựa chọn các loại hóa chất khác nhau: mitomycin,

oxalipastin, cisplastin...

4.5. Đóng bụng:

- Cầm máu kỹ đường mổ và lau bụng.
- Dẫn lưu không được mở để thời gian hóa chất ngấm trong phúc mạc (tùy theo bệnh, thể trạng người bệnh và quyết định của bác sỹ điều trị).
- Đóng bụng như thường quy.

THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

- Người bệnh được theo dõi và săn sóc theo chế độ hộ lý cấp I: đặc biệt chú ý các nguy cơ nhiễm trùng sau mổ và suy kiệt hoặc giảm các dòng tế bào máu do việc điều trị hoá chất, hay suy thận cấp hoặc suy đa tạng.
- Điều trị kháng sinh phối hợp 7 ngày.
- Nuôi dưỡng hoàn toàn bằng đường tĩnh mạch cho đến khi có trung tiện, chủ yếu hồi phục đủ nước điện giải và lượng Albumine, protein cần thiết.
- Khi trung tiện được cho ăn qua đường miệng bắt đầu bằng sữa và nước cháo nhiều lần, mỗi lần 100ml, sau đó giảm dần số lần cho ăn và tăng lượng ăn.

2. Các biến chứng sau mổ:

- Chảy máu sau mổ: Các dấu hiệu là mạch nhanh, huyết áp tụt, da và niêm mạc nhợt, dẫn lưu ra máu. Cần mổ lại để cầm máu.
- Áp xe tồn dư: dẫn lưu dưới siêu âm, kháng sinh, nếu không được thì phải mổ lại.